

おむつに係る費用の医療費控除確認申請書

申請日		年	月	日
安 城 市 長				
確定申告に使用するので、介護保険認定にかかる主治医意見書のうち、令和 年 に使用したおむつに係る費用の医療費控除の証明に必要な事項について、確認願います。 なお、確認にあたって、対象者の要介護認定に係る主治医意見書を確認することを承 諾します。				
申請者住所				
申請者氏名		電話		
対象者住所 ☐ 申請者に同じ				
対象者氏名 ☐ 申請者に同じ				
介護保険被保険者番号				
おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに○） 1 年目 2 年目以降				

- 注意 1 太枠内をもれなく記入してください。
2 申請に来た人が本人又は同居の家族以外の場合は、委任状が必要です。

委 任 状		委任日		年	月	日
代理人（委任された人）						
住 所						
氏 名						
私は上記の者を代理人と定め、おむつに係る費用の医療費控除確認申請を委任します。						
委任者（委任した人）						
住 所						
氏 名						
(※)						
(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。						

【市記入欄】				202412～	
認定基準日		年 1 2 月 3 1 日			
主治医意見書作成日		年 月 日			
要介護認定の有効期間		年 月 日 ～ 年 月 日			
障害高齢者ねたきり度		B 1 B 2 C 1 C 2			
尿失禁の発生可能性		あり 尿カテーテルの使用 なし(非該当)			
決裁欄) 上記のとおり、おむつに係る費用の医療費控除確認申請があり、審査したところ、判定結果のとおり該当しますので、別紙のとおり確認書を交付してよろしいか。					
課長	主幹	課長補佐	専門主査	判定結果	対象年 年分 ・ 該当 ・ 非該当 (却下)